

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU CEDEX

DOSSIER D'ADMISSION A L'ENTREE EN FORMATION AIDES-SOIGNANTS

Le dossier est à retourner par la poste ou à déposer dans la boîte aux lettres ou remis au secrétariat.

Calendrier pour la Promotion 2021 - 2022

La date de pré-rentrée obligatoire est fixée au : Jeudi 02 Septembre 2021 à 8h45

La date de la rentrée est fixée au : Lundi 06 Septembre 2021 à 9 h

Sous réserve de modification en raison de la crise sanitaire.

Dans le cas de modification, vous serez prévenu par mail.

Contact

Pour toutes questions administratives, pédagogiques
et/ou handicap, veuillez contacter :

SECRÉTARIAT IFAS

4, Boulevard Hauterive

64046 PAU CEDEX

05.59.92.47.70

Email : ifas@ch-pau.fr

Site internet : <http://www.ch-pau.fr>

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

Pau, le 06 juillet 2021

OBJET: Dossier d'admission à fournir

Madame, Monsieur,

La pré-rentrée s'effectuera **le jeudi 02 septembre 2021 de 8h45 à 13h** à l'IFAS de Pau.

La rentrée sera **le lundi 06 septembre 2021 à 9 heures** à l'IFAS de Pau.

Sous réserve de modification en raison de la crise sanitaire et dans ce cas, vous serez prévenu par mail.

Pour faciliter votre venue, vous trouverez le plan d'accès et le stationnement sur le site internet.

Votre inscription en formation aide-soignante à l'IFAS est subordonnée à la production du dossier d'admission au plus tard le 20 août 2021 :

Le dossier d'admission est à télécharger sur le site : <https://www.ch-pau.fr>

→ Rubrique nos centres de formation IFSI.IFAS

→ **Dossier d'admission IFAS 2021.**

Si vous avez accepté et confirmé une proposition d'admission, **vous avez jusqu'au 20 Août 2021** pour adresser le dossier administratif d'admission à l'IFAS.

Pour toutes personnes mineures, il est demandé que tous les documents soient obligatoirement signés par l'un des tuteurs légaux.

A défaut, vous serez considéré comme ayant renoncé à votre admission et votre place sera redistribuée à un candidat en attente. Il est fortement conseillé de ne pas attendre la date butoir pour adresser votre dossier administratif.

Tenues professionnelles :

Dès la rentrée, les élèves doivent se procurer à leurs frais, 2 tenues professionnelles **de couleur blanche** (tunique + pantalon) pour les cours de travaux pratiques.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Marie THEOPHILE
Directrice des soins
Coordonnatrice Générale
des Instituts de Formation



4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

RECAPITULATIF PIÈCES A FOURNIR

DOSSIER D'INSCRIPTION IFAS PAU - PROMOTION 2021 – 2022

Nom..... Prénom.....

Dossier MEDICAL

Un certificat médical émanant d'un médecin agréé (liste délivrée par l'ARS de votre département ou sur internet) attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Infirmière (selon modèle joint).

Toutes vos vaccinations doivent être à jour AU PLUS TARD LE 01 SEPTEMBRE 2021
L'admission en stage (Octobre 2021) est subordonnée à ces conditions vaccinales.

Fiche médicale à renseigner par le médecin avec justificatifs (copie carnet de santé, sérologies...)

Copie du carnet de santé (relevé des vaccinations), attestation des sérologies (hépatite, rougeole-oreillons-Rubéole, Varicelle).

Dossier ADMINISTRATIF

Un chèque de 60 € à l'ordre du Trésor Public pour les frais de documentation

Quatre timbres rouges tarif prioritaire (1.16€) pour 20g qui serviront à la DREETS Nouvelle Aquitaine.

Une attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle

Une attestation d'assurance de responsabilité professionnelle individuelle
(gratuite auprès de certains assureurs dans le cadre de la formation, ex : MACSF, GMF).

Une photo d'identité papier

Une demande de dispense uniquement pour ceux qui peuvent prétendre à des équivalences de compétences et à des allègements de formation.

Autorisation droit à l'image

Charte de déontologie utilisée lors des séances de simulation

Charte informatique

**CERTIFICAT D'APTITUDE POUR L'ENTRÉE A L'INSTITUT
DE FORMATION AIDE-SOIGNANT**

(à remplir par le médecin agréé)

Elève Aide-Soignant

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour
(Lettres majuscules et lisibles)

J'atteste :

- ❖ que cette élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession aide-soignant,
- ❖ que cette élève a reçu les vaccinations obligatoires et est en conformité avec l'article L3111-4 du code de la santé publique.

A

Le.....

Signature et cachet du médecin

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **ou Institut de formation :** **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Année d'admission :** **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :

- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

Covid-19

Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...

Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

Antécédent de maladie
 Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
 Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG
 => Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation
 (une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :
 Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire
 ** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

Droit à l'image

Institut de Formation Aides-Soignants du CH de Pau

Objet : Droit à l'image

Je soussignée,

Nom : Prénom :

- Autorise, à titre gratuit l'IFAS du CH de Pau
- N'autorise pas l'IFAS du CH de PAU

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS
(projet pédagogique, rapport d'activité, site de l'IFAS...)

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à le

Signature :

 <p>CENTRE HOSPITALIER DE PAU Etablissement support du Groupement Hospitaliers de Territoire Béarn et Soule IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers</p>	Charte de déontologie utilisée lors des séances de simulation en santé à l'IFSI-IFAS-IFCS	<p>Le 30/08/19</p> <p>Version1</p>
---	--	------------------------------------

Le but de cette charte est « d'établir un cadre protégeant le ou les formés, mais aussi les formateurs et les personnes associées dans le cadre des rôles de « patients standardisés », les autres parties prenantes, directes ou indirectes, dans la relation formateur-formé. »¹

Article 1 – Le formateur a reçu une formation professionnelle initiale théorique et pratique apte à créer une compétence d'exercice du métier de formateur.

Article 2 – Confidentialité

- Le formateur est tenu par le secret professionnel. Toute information sur un apprenant est traitée de façon strictement confidentielle sous réserve du respect des lois en vigueur. Cette règle de confidentialité est essentielle pour l'établissement d'une relation de confiance sans laquelle le processus de formation ne peut ni commencer, ni perdurer.
- Les apprenants sont tenus au secret professionnel. Ils s'engagent à respecter la confidentialité concernant le scénario et le contenu des échanges de la séance.

Article 3 – Respect de la personne

Les apprenants s'engagent à adopter une attitude bienveillante, de non jugement envers ses pairs, les formateurs et les patients standardisés.

Article 4 – Respect du matériel

Les apprenants s'engagent à respecter le matériel mis à disposition.

Article 5 – Droit à l'image

Les apprenants ont pris connaissance du droit à l'image lors de l'entrée en formation.

Aucun enregistrement n'est réalisé par les formateurs durant les séances de simulation. De plus, les apprenants ne sont pas autorisés à enregistrer les séquences.

Article 6 – Participation des apprenants

Un apprenant se porte volontaire pour exécuter le scénario.

En l'absence de volontaire, la séance de simulation est annulée.

Les apprenants s'engagent à être attentifs lors du déroulé du scénario et participent activement aux échanges lors des séances de débriefing.

Article 7– Tenue

Les apprenants doivent se munir de leur tenue professionnelle pour les séances.

Article 8 – Evaluation de la séance

Les apprenants s'engagent à évaluer la séance de simulation en fin de séance à partir de l'outil proposé par les formateurs.

NOM :

PRENOM :

DATE :

SIGNATURE :

¹ Agence nationale de la recherche. Charte de déontologie. Réf DIR-REG-090309-L01-01. Paris : ANR ; 2009

CHARTRE DE L'UTILISATEUR DU SYSTEME D'INFORMATION ENGAGEMENT UTILISATEUR

Je soussigné,

NOM :	
NOM de naissance :	
Prénom :	
Fonction : Elève Aide-Soignant	
Service : IFAS	Code UF : 6910
Matricule :	
Numéro RPPS :	
Date de prise de fonction :	06/09/2021

Utilisateur du Système d'Information du Centre Hospitalier de PAU, déclare avoir pris connaissance de la charte utilisateur/fournisseur du système d'information et m'engage à la respecter.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :

RESERVE DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES MEDICALES

Création

Date de fin :

Renouvellement

Date de fin :

Modification de contrat

Commentaires :

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

BOURSES

INFORMATION

- Constitution du dossier en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine boursesanitaire sociale.fr
- Inscription à compter du 03 juin 2021 au 22 octobre 2021